UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1955 — N° 175

LES TUMEURS VILLEUSES DU RECTUM

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le mercredi 30 novembre 1955

PAR

Jean FAGEOLLES

Elève à l'Ecole Principale du Service de Santé de la Marine et des Troupes Coloniales

Diplômé de Médecine Tropicale

né le 20 mars 1930, à DOMME (Dordogne)

Examinateurs de la Thèse

MM. MASSÉ, professeur. . . . . *Président.*

DUFOUR, professeur. . . . . *Juges.*

TINGAUD, agrégé. . . . . *Juges.*

DEPAULIS, agrégé. . . . . *Juges.*

BERGERAC

IMPRIMERIE GÉNÉRALE DU SUD-OUEST

(H. TRILLAUD ET Cie)

1955

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547308_0064

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1955 — N° 175

LES TUMEURS VILLEUSES DU RECTUM

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le mercredi 30 novembre 1955

PAR

Jean FAGEOLLES

Elève à l'Ecole Principale du Service de Santé de la Marine et des Troupes Coloniales

Diplômé de Médecine Tropicale

né le 20 mars 1930, à DOMME (Dordogne)

Examinateurs de la Thèse

MM. MASSÉ, professeur. . . . . *Président.*

DUFOUR, professeur. . . . . } *Juges.*

TINGAUD, agrégé. . . . . } *Juges.*

DEPAULIS, agrégé. . . . . } *Juges.*

BERGERAC

IMPRIMERIE GÉNÉRALE DU SUD-OUEST

(H. TRILLAUD ET Cie)

1955

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYENS HONORAIRES : MM. DUPÉRIÉ, CHELLE, G. PORTMANN.

DOYEN : M. SIGALAS. — **ASSESSEUR** : M. TAYEAU.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. A. MANDOUL, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PÉRY, CHARRIER, DUBREUIL, CRUCHET, PERRENS.

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	N.
	BROUSTET
Clinique chirurgicale	PAPIN
	MASSÉ
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE
Clinique gynécologique	MAGENDIE
Anatomie pathologique et microscopie clinique	DE GRAILLY
Anatomie	DUFOUR
Anatomie générale et histologie	MAYER
Hygiène et Clinique de la tuberculose	PIÉCHAUD
Médecine légale et médecine du travail	DERVILLÉE
Electroradiologie et clinique d'électricité médicale	REBOUL
Chimie	MESNARD
Matière médicale	GOLSE
Pharmacie	VITTE
Physiologie	FABRE
Clinique médicale des maladies des enfants	FONTAN
Zoologie et parasitologie	SIGALAS

	MM.
Pathologie générale et expérimentale	SARIC
Clinique ophtalmologique	N.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	POUYANNE
Clinique médicale et des maladies infectieuses	AUBERTIN
Chimie biologique et médicale	TAYEAU
Physique médicale et pharmaceutique	PIFFAULT
Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques	BONNIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA
Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET
Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN
Toxicologie et hygiène appliquée	CASTAGNOU
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ
Botanique et cryptogamie	GIRARD
Thérapeutique	TRAISSAC
Hydrologie thérapeutique et climatologie	DUBARRY

PROFESSEUR A TITRE PERSONNEL : M. BLANQUET (Section Pharmacie).

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. MAHON (Obstétrique), PAUTRIZEL (Parasitologie), Mme ROUZIER (Physiologie), M. MOUSTARDIER (Bactériologie).

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS :

	MM.
Anatomie pathologique	LÉGER
Anatomie	RIGAUD
	CABANIE
Biochimie médicale	NEUZIL
Pathologie expérimentale	FAURE
Physique médicale	DUHAMEL

	MM.
Pharmacie (1re Section)	R. GOLSE
	ROMAIN
Pharmacie (2e Section)	MASQUELIER
	QUILICHINI
Pharmacie (3e Section)	CAZAUX

CHARGÉ DES FONCTIONS DE MAITRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ : M. STOLL (Histologie)

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.
Médecine générale	BERGOUIGNAN
	LENG-LÉVY
	MORETTI
	LAVIGNOLLE
	MARTIN-DUPONT
	DAVID-CHAUSSE
	J. RIVIERE
Chirurgie générale	LAUMONIER
	CHAVANNAZ
	VILLAR
	TINGAUD
	DEPAULIS
	DARMAILLACQ

	MM.
Obstétrique	CHASTRUSSE
	FAUGÈRE
Ophtalmologie	BESSIÈRE
	CORCELLE
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS
	M. PORTMANN
Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT
Pédiatrie et puériculture	VERGER
Médecine légale et médecine du travail	L'EPEE
Electro-radiologie	LACHAPÈLE
Odonto-stomatologie	BENOIT
Urologie	LANGE
Neurologie et psychiatrie	BLANC
Pneumo-phtisiologie	FLEOUR

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	LAUMONIER
Accouchements	CHASTRUSSE
	FAUGERE
Puériculture	VERGER
	PÉRY
Législation pharmaceutique	COUSTOU
Cryptogamie	LAUBIE
Obstétricie sociale	MAHON
Organographie et physiologie végétale	TEMPERE
Chimie biologique analytique	MARQUEVIELLE
Chimie analytique	BABIN
Pathologie chirurgicale	VILLAR
	CHAVANNAZ
	TINGAUD
	LAPORTE
	DARMAILLACQ

	MM.
Zoologie pharmaceutique	BAILENGER
Physiologie	BENELLI
Toxicologie et Hygiène	Mme LARCEBAU
Phytopharmacie	CORTESI
Droit médical international	AUBY
Médecine légale	L'EPEE
Séméiologie médicale	LAVIGNOLLE
Séméiologie chirurgicale	DEPAULIS
Embryologie	STOLL
Pathologie médicale	BERGOUIGNAN
	LEVY
	MORETTI
	DAVID-CHAUSSE
	RIVIERE
	MARTIN-DUPONT

Le Secrétaire Principal de la Faculté : GAYRAUD.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MA MÈRE

Ce modeste témoignage de mon admiration et de mon immense tendresse en retour de tous les sacrifices qu'elle a consentis pour nous.

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A NOS MAITRES

DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A NOS PROFESSEURS

DE L'ÉCOLE PRINCIPALE

DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

ET DES TROUPES COLONIALES

A NOS MAITRES

DES HOPITAUX MARITIMES

A MES CAMARADES

DE L'ÉCOLE SANTÉ NAVALE

A MONSIEUR

LE MÉDECIN GÉNÉRAL DE 1re CLASSE TABET

Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé

de la Marine et des Troupes coloniales

Spécialiste des Hopitaux Maritimes

Commandeur de la Légion d'honneur

Commandeur de l'ordre de la Santé Publique

Officier du Mérite Maritime

A MONSIEUR

LE MÉDECIN-CHEF DE 1re CLASSE CONSTANS

Sous-Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé

de la Marine et des Troupes coloniales

Spécialiste des Hopitaux Maritimes

Croix de Guerre 1939-1945

Chevalier de la Légion d'honneur

A NOS JUGES

MONSIEUR LE DOCTEUR DUFOUR

PROFESSEUR D'ANATOMIE

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

CHEVALIER DU MÉRITE MARITIME

MONSIEUR LE DOCTEUR TINGAUD

AGRÉGÉ DE CHIRURGIE GÉNÉRALE

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR DEPAULIS

AGRÉGÉ DE CHIRURGIE GÉNÉRALE

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR L. MASSÉ

Professeur de Clinique Chirurgicale

Chirurgien des Hopitaux

Directeur du Centre Régional de Transfusion Sanguine

Associé National de l'Académie de Chirurgie

Membre du Comité Français

de l'Association Internationale de Chirurgie

Chevalier de la Légion d'honneur

Chevalier de l'Ordre de la Santé Publique

Officier de l'Instruction Publique

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de ce jury.

Nous le prions de bien vouloir trouver ici le témoignage de notre profond respect.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J. VILLAR

Agrégé de Chirurgie générale

Chirurgien des Hopitaux

Officier d'Académie

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a guidé dans notre travail. Qu'il veuille trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

INTRODUCTION

A propos de sept cas de tumeurs villeuses du rectum observées dans les services de MM. les Professeurs VILLAR et DUFOUR, en l'espace de cinq ans environ, de janvier 1951 à juin 1955, il nous a paru intéressant de revenir sur ce point de pathologie des tumeurs du rectum et de faire à cette occasion une revue générale de la question.

De nombreux auteurs ont déjà considéré ce sujet, tant sur le plan histologique que thérapeutique, sans pour cela apporter aux problèmes posés de réponses définitives. Nous avons été frappés, quant à nous, de leur fréquence s'opposant à l'opinion classique qui en fait des tumeurs rares, de l'ignorance de leurs possibilités de dégénérescence maligne et surtout des difficultés et de l'indécision du médecin et ensuite du chirurgien devant l'acte thérapeutique à effectuer pour mettre à l'abri le malade d'une récidive ou d'une évolution maligne.

Nous nous proposons donc ici de rappeler leur étiologie, leurs signes cliniques et physiques permettant de les distinguer des autres tumeurs dont nous donnerons un bref aperçu, leurs particularités anatomo-pathologiques et enfin le traitement qu'il est de mise de leur appliquer suivant leurs diverses formes.

HISTORIQUE

On doit la première description de ces tumeurs à QUAIN en 1854, mais le terme classique de « tumeur villeuse du rectum » n'apparaît dans la littérature qu'avec HOLMES en 1858. QUENU et LANDEL leur consacrent en 1894 un long article dans la revue de gynécologie et chirurgie abdominale et leur donnent le nom « d'épithélioma superficiels du rectum », mettant en évidence leur caractère d'évolution lente, leur développement longtemps superficiel, insistant sur la ressemblance qu'ils présentent avec certains cancroïdes de la peau. Puis ce furent les travaux des parisiens BENSAUDE, CAIN et LAMBLING, leur élève, qui consacra aux tumeurs villeuses une thèse remarquable en 1928. Plus près de nous, en 1947, ce furent les travaux des anatomo-pathologistes BAUMEL et HARTMANN qui reprirent et modifièrent la classification qu'en avait établi BENSAUDE.

« Tumeur villeuse » : ce terme pourtant classique ne semble pas rallier tous les suffrages et, dans la littérature anglo-saxonne en particulier, on trouve très souvent à la place le terme d'adénome papillaire. Il semble qu'avant d'aller plus loin on doive considérer comme tumeurs villeuses classiques toutes les tumeurs décrites sous le nom de « papillomes inclus » ou « polypes papillaires » ou « adénome papillaire » ou autre « polype villeux ».

ÉTIOLOGIE

Les tumeurs villeuses sont l'apanage de l'âge adulte et de la vieillesse.

Pour LAMBLING, 85 % des observations portaient sur des sujets de plus de 45 ans et il cite comme exceptionnel le cas rapporté par QUENU et HARTMANN d'une tumeur villeuse observée chez une jeune femme de 28 ans. BENSAUDE rapporte que 95 % de ses cas sont survenus chez des adultes de plus de 40 ans, alors que pour HELWIG 24 % des cas qu'il a observés intéressent des personnes de la quarantaine et plus, le maximum siégeant aux alentours de 80 ans. Pour les Américains BINKLEY, SUNDERLAND, MILLER, STEARNS, DEDDISH, la moyenne d'âge chez les gens porteurs de tumeurs villeuses se chiffre à 62,9 ans. Alors que LAMBLING écrivait que « la tumeur villeuse commence à peine à survenir lorsque est dépassé l'âge de l'adénome », les auteurs précédents donnent, d'après les statistiques, 56,6 ans de moyenne d'âge pour les porteurs

de tumeurs malignes contre 51,6 ans chez ceux porteurs d'adénomes bénins.

Quant à nos observations personnelles, elles tendent à confirmer les données habituelles : tous nos malades ont largement dépassé 40 ans, le plus jeune ayant 52 ans et le plus âgé 82 ans.

Le sexe ne paraît jouer qu'un rôle secondaire. LAMBLING rapporte vingt-deux observations de tumeurs villeuses concernant des hommes contre quinze concernant des femmes. La même proportion est retrouvée chez BINKLEY et SUNDERLAND, vingt-deux hommes contre dix-sept femmes. Pour GANT, le rapport serait du simple au double, ce qu'infirme HELWIG en disant que « l'adénome papillaire » est légèrement plus fréquent chez l'homme que chez la femme. BENSAUDE est lui aussi de cet avis.

Remarquons que HELWIG a noté que les tumeurs villeuses se rencontraient beaucoup plus fréquemment chez le blanc que chez le noir.

Quant aux causes prédisposantes, on a invoqué les hémorroïdes, la constipation, les rectites, sans pour cela apporter quelque certitude. Les causes d'apparition des tumeurs villeuse relèvent certainement des mêmes processus que les cancers du rectum, c'est dire l'ignorance dans laquelle nous nous trouvons.

DONNÉES CLINIQUES

Il faut insister sur le fait que ces tumeurs sont très longtemps méconnues du malade et que, comme le dit VIGONI parlant des statistiques de la Mayo Clinique de Rochester, « même dans une population évoluée au point de vue médical comme la population américaine, le malade ne consulte que fort tardivement ».

Quels signes vont donc amener le malade à consulter un médecin ?

Il semble que le signe le plus important, le plus fréquent et le plus significatif consiste en ces *écoulements muco-glaireux* très particuliers aux tumeurs villeuses. LAMBLING, BENSAUDE, VIGONI, EWING ont insisté sur ce point ; nous l'avons noté chez nos malades des observations n° 1 et n° 3.

Il s'agit, comme le dit LAMBLING, « de sécrétion claire, transparente, un peu visqueuse, mélangée à des amas gélatiniformes, glaireux, rappelant le blanc d'œuf, ou une solution gommeuse ». Parfois, au cours de l'examen microscopique de cette sécrétion, a-t-on la chance de mettre en évidence des cellules néoplasiques, réalisant par là même une véritable biopsie, mais le fait est exceptionnel. L'abondance de cet écoulement est très variable : il peut aller de l'écoulement continu se traduisant par une diarrhée profuse, au simple crachat rectal de glaire plus ou moins sanguinolente. Notre malade de l'observation n° 2 ressentait une bizarre sensation de « dalle qui se coinçait ou s'en-

gorgeait »... sensation que l'on peut rapprocher d'une observation de LAMBLING où, chez une de ses malades, la sécrétion s'accumulait et s'évacuait en une fois « comme une poche des eaux qui se romprait brusquement ».

Le plus souvent, cette sécrétion ne s'accompagne, comme chez nos malades, ni de brûlures anales, ni de ténesme ; elle est totalement indolente.

En second lieu, viennent les hémorragies : les *rectorragies*. Bien que celles-ci soient très fréquentes, elles n'ont pas la valeur presque pathognomonique des écoulements muco - glaireux. LAMBLING, BENSAUDE les retrouvent chez les trois-quarts de leurs malades, « discrètes, tardives, constituant exceptionnellement un symptôme d'alarme », et ils en font un symptôme secondaire du point de vue de son apparition comme de son importance. QUENU, LANDEL, POTHERAT avaient signalé des cas révélés par des hémorragies très importantes, nécessitant une intervention d'urgence. Une de nos malades (observation n° 1) a présenté deux ou trois hémorragies anales importantes qui l'ont amenée à consulter un médecin. Quant à nos malades (observations n° 2 et n° 6), ce sont, pour le premier de petites pertes sanguinolentes, se résumant à quelques traces ; pour le second, de légères hémorragies lors des selles, avant ou après, qui les ont inquiétés. BENSAUDE et LAMBLING estimaient que l'apparition de rectorragies d'abord minimes, puis prenant le pas sur les autres signes, était en faveur de la transformation maligne de la tumeur.

Ces hémorragies rectales que le sujet remarque le plus souvent lors des selles, associées à un toucher rectal parfois hâtif qui met en évidence sous le doigt une masse molle, souvent infectée, turgescente quelquefois saignante au contact, peut en imposer pour des hémorroïdes internes.

Les modifications des selles ont été notées par la plupart des auteurs qui ont insisté surtout sur la fréquence de la constipation. BENSAUDE n'est pas de cet avis et dit que la constipation est loin d'être fréquente. Nous retrouvons chez notre malade

de l'observation n° 3 une constipation opiniâtre qui remontait à quelques années ; mais à celle-ci a fait suite, quelques mois après, au moment de son hospitalisation, une diarrhée profuse et incessante qui l'avait conduit à consulter son médecin. Cette diarrhée provenait certainement, comme le signale BENSAUDE, de l'abondante sécrétion muco-glaireuse, plus ou moins mélangée de matières fécales qu'elle rend liquides. C'est ainsi que LAMBLING rapporte le cas d'une de ses malades qui avait par jour une ou deux selles normales, dures, et de nombreuses selles pseudo-diarrhéiques.

Pour VIGONI, cette diarrhée traduirait l'irritation de la muqueuse rectale due à une tumeur d'un volume déjà important.

Notre malade de l'observation n° 2 se plaignait d'avoir, depuis un à deux mois, des envies plus fréquentes d'aller à la selle avec des alternatives de constipation et de diarrhée. Le malade de l'observation n° 1 présentait une vingtaine de selles par jour, se réduisant à un simple crachat de glaires sanguinolentes. Notre malade de l'observation n° 7 avait par jour une seule selle molle, mêlée à des amas glaireux.

Comme nous l'avons rencontré chez deux de nos malades, le *prolapsus de la tumeur* qui vient faire saillie à l'anus, a été rapporté par de nombreux auteurs et est considéré comme un signe classique dans le tableau clinique des tumeurs villeuses. En général, ce prolapsus ne survient qu'au moment des selles, sa réduction s'effectue spontanément le plus souvent, ou quelquefois nécessite des manœuvres manuelles. C'est le cas de notre malade de l'observation n° 4, qui présenta au cours d'une selle un prolapsus qu'il réduisit lui-même, non sans mal. Ce prolapsus peut devenir irréductible, nécessitant alors une véritable opération d'urgence : ce fut le cas de notre malade de l'observation n° 1 où l'extériorisation de la tumeur provoqua un prolapsus étranglé qui fut opéré sur-le-champ.

Les tumeurs villeuses ont, en effet, une tendance très grande au prolapsus car, de par leur forme pédiculée pour la plupart, leur développement superficiel n'infiltrant pas le chorion ni les couches musculaires, elles peuvent glisser facilement sur les cou-

ches profondes de la paroi rectale, entraînant avec elles la muqueuse rectale. Elles sont différentes en cela des néoplasmes rectaux, infiltrant très vite les couches profondes, ce qui les fixe précocement et limite ainsi leurs possibilités de mobilisation.

Nous n'avons pas noté *l'élimination des fragments de la tumeur*, signe qui, pour être rare, constituait pour LAMBLING « un symtôme de très grande valeur ». Ainsi était réalisée une biopsie naturelle spontanée. Quoique signe rare, ce fait a été rapporté par ALLINGHAM et HAUSER qui l'ont observé plusieurs fois, par A. MONOD dans sa thèse une fois. LAMBLING, lui, l'a noté chez plusieurs de ses malades : l'un d'eux élimine quatre-vingt-dix-sept fragments du volume d'un petit pois, l'autre vingt-huit fragments de volumes décroissants pendant plus de deux ans, un autre enfin un fragment du volume d'une cerise. BENSAUDE a observé ce fait chez trois de ses malades.

Le mécanisme de cette fragmentation est mal connu. Pour les uns, elle serait due aux prolapsus et aux traumatismes excercés sur la tumeur par les contractions anales ; pour les autres, à un sphacèle de la tumeur. Quoiqu'il en soit, cette fragmentation est toujours incomplète et elle n'a jamais constitué un mode de guérison spontané.

Les phénomènes douloureux font défaut chez la plupart des malades. Seules existent des sensations désagréables de corps étranger intra-rectal, de faux besoins : ainsi notre malade de l'observation n° 2 a-t-elle eu son attention attirée par une sensation anale particulière qu'elle ne sait décrire, alors que, par ailleurs, elle affirme une indolence complète de la région ano-rectale. Les malades des observations n° 1 et n° 6 présentent, eux aussi, des sensations de faux besoins.

Pour LAMBLING, la sensation de ténesme ou même de douleur véritable ne survient que lorsque la tumeur s'extériorise ; ainsi pense VIGONI, qui ajoute que « les douleurs abdominales basses dues à une tumeur volumineuse sont attribuables au spasme ». Mais LAMBLING dit encore que « des douleurs abdominales, et surtout s'accompagnant d'hémorragies, sont des si-

gnes qui doivent faire suspecter la dégénérescence maligne de la tumeur.

Quant à *l'état général*, il est longtemps parfaitement conservé. Nous n'avons noté d'amaigrissement chez nos malades que lorsque la dégénérescence maligne fut évidente (observations n° 3 et n° 5), ainsi que l'ont fait remarquer les divers auteurs. Il est classique de mentionner l'état d'anémie consécutif aux hémorragies répétées, mais nous n'avons jamais constaté de fléchissement important de la formule sanguine de nos malades qui présentaient des hémorragies.

Enfin, il est exceptionnel de constater dans les tumeurs villeuses du rectum des accidents dus à une invagination de la tumeur ou à des phénomènes occlusifs ou sub-occlusifs.

EXAMEN PHYSIQUE

Quels renseignements pourra retirer le médecin de l'examen physique du malade ?

— L'examen de l'orifice anal ne donne en général aucun renseignement car, comme nous l'avons déjà signalé, les écoulements muco-glaireux ne s'accompagnent pas d'érosions ou autre phénomène irritatif au niveau de l'anus.

— Le toucher rectal, par contre, permet dans 80 % des cas, d'après BENSAUDE, d'apporter quelques éléments intéressants pour le diagnostic. Pour cela, il faut que la tumeur siège entre 6 et 12 centimètres, car elle est accessible au doigt, mais, d'après VIGONI, EWIG, ce n'est là qu'un procédé infidèle « qui ne permet le diagnostic qu'une fois sur dix si la tumeur est sessible, et à peine plus souvent si la tumeur est pédiculée ».

Très différentes sont, en effet, sous le doigt, les impressions recueillies, suivant qu'il s'agit d'une tumeur pédiculée ou d'une tumeur sessile : dans le premier cas, le doigt délimite assez bien le pédicule « généralement plus ferme que la tumeur », mais on ne peut se faire qu'une idée assez imprécise de la tumeur elle-même, fuyant devant le doigt. Dans le cas d'une tumeur sessile, les limites de la tumeur sont très difficiles à établir : le doigt s'enfonce dans une masse molle, dépressible, semblable à « une masse de gélatine » ; à peine le doigt peut-il noter une certaine sensation de surface irrégulière, « granitée ».

Le toucher n'est pas douloureux, ne ramène pas de sang et permet de vérifier la facile mobilisation de la tumeur sur les plans profonds : ainsi chez notre malade de l'observation n° 1, le toucher rectal avait permis de sentir à bout de doigt une masse assez molle à gauche, sans autre précision. Chez notre malade de l'observation n° 2, le toucher rectal mettait en évidence une tumeur pédiculée, très mobile, très détachée, de la grosseur d'un œuf de pigeon, placée sur la paroi antérieure du rectum. Il avait permis de noter l'absence d'infiltration de la cloison recto-vaginale.

— Le diagnostic de tumeurs villeuses ne peut, en fait, n'être posé avec certitude que lors de la rectoscopie qui, de plus, permet de découvrir des tumeurs plus haut situées, vers 13 à 15 centimètres de l'anus, inaccessibles au toucher rectal.

La tumeur peut présenter différents aspects :

— ce peut être d'abord une tumeur de coloration rosée, mais masquée par la sécrétion muco-glaireuse très abondante, tellement abondante parfois que LAMBLING rapporte dans une de ses observations qu'il voyait la sérosité suinter hors de la tumeur, comme des mailles d'une éponge ;

— ce peut être aussi, au cas où l'écoulement est moins important, l'aspect classique qui a valu à ces tumeurs leur nom de villeuses : l'aspect d'un « fin chevelu » ou « d'une anémone de mer », « d'enchevêtrement d'algues », « de touffes de végétations ». Mais le plus souvent les villosités sont accolées, agglomérées, agglutinées les unes aux autres. BENSAUDE, LAMBLING, CAIN insistent sur le fait que ces tumeurs ne s'opposent pas à la progression du rectoscope, que par leur élasticité elles ne résistent pas, s'effaçant contre la paroi rectale et, qu'ainsi, ils ne provoquaient pas d'hémorragies dues au traumatisme. Une rectoscopie a été pratiquée chez une de nos malades (observation n° 1).

Grâce à la rectoscopie, il est aisé de pratiquer une biopsie de la tumeur. Cette biopsie, venant après les données cliniques

et macroscopiques, nous renseignera sur la bénignité ou la malignité de la tumeur et, par là même, commandera l'acte thérapeutique. Pour SCABOROUGH, cité par VIGONI, la transformation maligne aurait lieu à la base et au centre des tumeurs villeuses. Quant à BENSAUDE, il pense le contraire. Mais la biopsie, aussi superficielle soit-elle, confirmera toujours le diagnostic de « tumeur villeuse », si elle ne peut apporter la preuve de sa transformation maligne. Ce n'est que lorsque la tumeur sera enlevée qu'il sera bon de rechercher par des coupes en série, si celle-ci n'est pas le siège, en un endroit non intéressé par la biopsie, d'une transformation maligne. C'est ainsi que WELCH cite le cas où, au Massachussets General Hospital, sur 70 « polypes papillaires » cliniquement et macroscopiquement bénins, 11 ont montré au microscope qu'ils renfermaient un cancer.

La Radiologie n'est pas un moyen d'investigation à négliger : le lavement opaque habituel est une épreuve grâce à laquelle on n'obtient que très rarement de renseignements intéressants, comme ce fut le cas pour notre malade de l'observation n° 1. SWINTON déclare obtenir de très bons résultats en préparant ses malades par une purgation à l'huile de ricin, les soumettant à une diète sans résidus et en prenant la précaution de pratiquer une irrigation du colon avant le lavement baryté et l'insufflation.

Quant à GABRIEL, il emploie la méthode de Norman HENDERSON, dite de la densité réduite, qui consiste à pratiquer un lavement baryté normal que le malade est autorisé à évacuer après une à deux heures, puis à administrer ensuite un second lavement baryté au 1/20.

Cette technique lui permettrait d'obtenir un détail excellent.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Avec quelles tumeurs de la région peuvent-elles être confondues ? Nous ne citerons, que pour les nommer, les papillomes de l'anus, les condylomes, les hémorroïdes, qui ne sont pas en réalité des tumeurs mais qui, du fait de leur siège, sont à mentionner.

Les tumeurs rectales bénignes peuvent, ou ne jamais présenter de dégénérescence ou, au contraire, être le siège d'une évolution maligne.

Dans la première catégorie entrent :

— *Les Angiomes :* qui apparaissent très tôt, sont connus dès la naissance ou le premier âge, peuvent ressembler à des hémorroïdes banales. Le symptôme essentiel est représenté par des hémorragies brèves mais répétées, intarissables. En plus, on observe couramment des épreintes, du ténesme et très souvent un prolapsus rectal.

Le diagnostic ne souffre de difficultés si l'angiome est visible, procident ou étendu aux régions voisines, mais devient délicat si l'angiome est haut situé. La rectoscopie est dans ce cas-là pour BENSAUDE d'interprétation difficile.

— *Les Fibromes, Fibromyomes et myomes :* Rares, survenant chez les gens âgés. C'est en général une tumeur unique, bien délimitée, qui peut se pédiculiser dans la cavité rectale, se prolaber à travers l'anus. C'est généralement une tumeur de

volume modéré, parfois ulcérée. Il peut aussi se développer vers l'extérieur, refoulant les organes voisins.

Il peut donner des signes cliniques très variables suivant son évolution de symptomatologie, soit rectale avec hémorragies, douleurs et gêne à la défécation, soit de tumeur pelvienne, soit de tumeur périnéale.

L'histologie révèle une structure très voisine de l'aspect du fibromyome utérin, ainsi que, très souvent, la présence d'une capsule fibreuse.

— *Les Lipomes sous-muqueux :* exceptionnels.

Dans la deuxième catégorie, celle des tumeurs bénignes pouvant dégénérer, on trouve :

Les Polypes : Ils se rencontrent surtout chez les enfants, que ce soient des polypes isolés ou un grand nombre de polypes disséminés réalisant le tableau de polypose recto-colique.

Ils se présentent le plus souvent comme une tumeur petite, d'une coloration rouge, prenant parfois l'aspect d'une grappe et le plus souvent pédiculée.

Au point de vue clinique, ils se révèlent surtout par des hémorragies chez l'enfant et chez l'adulte par des troubles de la défécation, des émissions muco-glaireuses ou sanguinolentes, des accidents de procidence quand ils sont bas situés, mais ils restent le plus souvent latents.

Ce sont ces polypes qui sont les plus délicats à éliminer pour poser le diagnostic de tumeur villeuse ; il est évident que le toucher rectal ne peut trancher la question et l'on doit avoir recours soit à la rectoscopie, soit même à la biopsie.

Leur constitution histologique rappelle celle des polypes muqueux de l'utérus.

Quant aux tumeurs rectales malignes, si on peut facilement éliminer les tumeurs comme les Sarcomes sous-muqueux fermes, limités, bosselant la muqueuse rectale, les Tumeurs lymphoblastiques, polypoïdes, vallonnées, très molles, les Tumeurs mélaniques rectales, l'epithélioma cylindrique du rectum pose des problèmes diagnostiques plus délicats.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Au cours de ce chapitre d'anatomie pathologique des tumeurs villeuses du rectum, après avoir rappelé les anciennes conceptions de BENSAUDE et LAMBLING, nous rapporterons ici la classification qu'en ont donné BAUMEL et HARTMANN en 1947.

Donc BENSAUDE et LAMBLING définissaient la tumeur villeuse comme étant une « tumeur formée par une série d'arborisations, de franges villeuses qui interrompt brusquement la continuité du revêtement intestinal» et ils distinguaient, au point de vue macroscopique :

1°) les tumeurs sessiles où les villosités s'insèrent en série linéaire sur le chorion à peine épaissi ;

2°) les tumeurs pédiculées qui présentent une infrastructure conjonctive plus épaisse, se divisant en mamelons dans chacun desquels vient prendre racine une houppe de villosités ;

3°) les tumeurs multiples : tumeur pédiculée s'accompagnant à distance d'une petite houppe végétante isolée ; ou bien une tumeur sessile accompagnée d'une petite houppe végétante pouvant aller jusqu'à la maladie villeuse du rectum si leur diffusion est large. Mais dans tous les cas (sauf celui de la maladie villeuse qui n'est pas envisagée dans cette étude), les limites de la néoformation sont très précises et les couches musculaires sous-jacentes sont intactes.

Au point de vue microscopique, ils distinguaient :

1°) la tumeur villeuse bénigne présentant :

— des villosités régulières orientées dans tous les plans et intéressées par la coupe sous des angles très variables ;

— un stroma conjonctif émané du chorion de la muqueuse qui s'épaissit. A ce niveau, la muscularis mucosae peut demeurer intacte ou perdre de sa netteté ou même disparaître, mais ils insistaient sur le fait que la base conjonctive de la tumeur repose directement sur la musculeuse sans la pénétrer ni la déformer ;

— un revêtement épithélial : couche régulière de cellules cylindriques à la surface de la tumeur ;

2°) l'épithélioma villeux, qui se développe aux dépens d'un adénome et revêt une forme tubulée — pseudo glandes néoplasiques qui s'allongent et se ramifient ;

3°) la tumeur villeuse dendritique d'emblée maligne :

— qui végète en surface et prend un aspect villeux et chevelu anarchique ;

— qui présente une insertion non surélevée : « c'est une tumeur en contre-bas de la muqueuse saine et qui semble naître d'une dépression du chorion » ;

— qui ne présente pas de réaction adénomateuse ;

— dont l'épithélium est formé de cellules atypiques, polymorphes en pleine activité néoplasique.

Baumel et Hartmann estiment que les tumeurs villeuses sont formées par la prolifération simultanée et ordonnée de deux tissus : épithélial d'une part et mésenchymateux de l'autre. Ils classent ces tumeurs en trois catégories : tumeur villeuse pure, tumeur adéno-villeuse bénigne et tumeurs villeuse pure et adéno-villeuse cancérisées.

1°) Tumeur villeuse pure.

Au point de vue macroscopique, ils distinguent :

— Les tumeurs pédiculées : pédicule large et court d'une tumeur d'un volume pouvant aller de la taille d'une cerise à celle d'un œuf. MONDOR rapporte l'observation exceptionnelle d'une tumeur atteignant le volume d'une tête de fœtus.

— Les tumeurs sessiles : houppes de végétations insérées côte à côte, plus ou moins facilement repérables du fait de leur souplesse, de leur mobilité, de leur inconsistance. Elles sont parfois recouvertes d'un enduit muco-glaireux.

— Quelquefois multiples, elles représentent alors la forme de végétations villeuses diffuses.

— Au faible grossissement : on distingue des franges villeuses très nombreuses interrompant brusquement la continuité de la muqueuse intestinale (dans les formes sessiles ou dans le cas des houppes pédiculées) implantées très superficiellement sur un chorion peu épaissi et présentant, suivant la coupe, soit un axe conjonctivo-vasculaire et villeux avec des débris d'épithélium et de stroma conjonctif si la coupe a intéressé l'axe longitudinal de la tumeur ; soit des ilots conjonctivo-vasculaires entourés de revêtement épithélial, ce que LAMBLING avait appelé « images glandulaires inversées », si la section a été transversale.

— Le fort grossissement révéle un revêtement épithélial bien ordonné formé de cellules présentant un noyau avec des croutelles de chromatine et de figures de mitoses normales, mais alors que les cellules de la muqueuse normale sont des cellules caliciformes à mucus de teinte assez pâle, les villosités comptent des cellules à mucus plus rares remplacées par des cellules cylindriques hautes, moins mucipares et plus chromophiles.

BAUMEL et HARTMANN concluent à la bénignité de ces tumeurs en se basant sur :

— la régularité du revêtement épithélial à l'extrémité des franges villeuses ;

— la persistance de la fonction mucipare ;

— l'absence de prolifération épithéliale dans le chorion intervilleux.

2°) Tumeurs adéno-villeuses bénignes (d'après la désignation de TONNESSEN).

— Macroscopiquement ce sont « de petits choux-fleurs ayant une base et portant à leur surface une série de lobules et de fines arborisations ».

— Microscopiquement, aux franges épithélio-conjonctivo-vasculaires s'associent des formations tubulaires avec hyperplasie du chorion.

3°) Tumeurs villeuse pure et adéno-villeuse cancérisées.

— Macroscopiquement, les villosités se sont modifiées : leur nombre a considérablement diminué, elles saignent au moindre contact, elles présentent des ulcérations et une induration très nette.

— Au faible grossissement, la préparation prend une coloration sombre du fait de la chromophilie plus marquée des cellules épithéliales.

— Le fort grossissement permet de constater : la disparition complète du pouvoir mucipare des cellules ; la transformation du noyau qui devient hyperchromatique, irrégulier, hypertrophié ; des anomalies cytoplasmiques et nucléaires au niveau des cellules ; l'anarchie du revêtement épithélial de l'axe conjonctivo-vasculaire et l'effondrement du chorion.

ÉVOLUTION

La dégénérescence maligne

Les différents auteurs ne sont pas tous d'accord sur la fréquence de la dégénérescence maligne des tumeurs villeuses.

Pour VIGONI, citant la statistique de la Mayo Clinique de Rochester, cette fréquence serait de l'ordre de 25 % ; pour FEYTER, elle ne serait que de 5 % ; DUKE déclare que 10 % des cancers du rectum se développent aux dépens d'une tumeur villeuse ; SWINTON arrive aux mêmes conclusions après une étude portant sur 827 cas de cancers du rectum et du colon. BAUMEL conclue que 15 à 20 % des cancers du rectum se développent à partir des tumeurs villeuses.

Pour les Anglo-saxons, la transformation maligne serait plus grande pour les adénomes que les papillomes ; quant à BENSAUDE, il pense le contraire.

Nous avons vu au chapitre de la clinique que LAMBLING estimait que : une atteinte de l'état général, des rectorragies prenant le pas sur les autres signes cliniques, des douleurs paroxistiques lors des selles, quelques douleurs abdominales s'accompagnant d'hémorragies étaient des signes qui devaient faire suspecter la dégénérescence maligne.

Pour BENSAUDE, cette dégénérescence est purement histologique pendant des années : elle débute à l'extrémité des franges villeuses, reste longtemps superficielle et ne gagne en pro-

fondeur que très lentement. Elle se traduit par des modifications cellulaires d'une part et des modifications de villosités de l'autre : les cellules s'élargissent, tendent à devenir cylindro-cubiques ; le noyau grossit, s'arrondit, se charge d'amas épais de chromatine, devient le siège de cinèses orientées en tous sens et, surtout, perd sa fonction mucipare tandis que les villosités deviennent irrégulières et que leur épithélium se stratifie et émet des bourgeons.

BAUMEL rapporte les mêmes constatations histo-pathologiques, qui ajoute que, macroscopiquement, la tumeur devient moins mobile, dure, saigne facilement et perd ses villosités.

SWINTON, sur 22 cas étudiés, signale trois critères importants de transformation maligne :

1°) Une prédominance de cellules épithéliales jeunes avec une variété considérable de taille et de forme, avec un noyau très coloré et des figures de mitoses fréquentes. De plus, perte de polarité du noyau.

2°) Une déformation du schéma glandulaire ordinairement régulier de la croissance : non seulement il y a un manque d'uniformité intra-murale des cellules, mais on ne trouve aucune relation constante avec les cellules environnantes.

3°) Une invasion par les cellules, présentant les anomalies décrites du pédicule et de sa base, pouvant même être retrouvées dans une ou plusieurs couches de la paroi intestinale.

Et SWINTON de conclure que, pour pouvoir qualifier de maligne une tumeur, elle devait présenter au moins la première et la seconde caractéristiques.

Récidives

Outre leur tendance très grande à la dégénérescence maligne, les tumeurs villeuses récidivent très fréquemment après extirpation chirurgicale par voie basse ou autre destruction, soit par radiothérapie, soit par électrocoagulation. La résection rectale les évite.

Les récidives peuvent apparaître soit très vite, moins d'un an

après la première extirpation, soit très longtemps après l'intervention initiale, et on admet classiquement que celles-ci dégénèrent en moins de trois ans.

Pour BENSAUDE, elles sont très fréquentes quand, dit-il, « la tumeur n'a pas été enlevée avec des soins spéciaux ». C'est aussi l'avis de VIGONI. Quant à CHARRIER et GOUMAIN, ils estiment qu'elles sont exceptionnelles.

Mac LANAHAN et KIEFFER écrivent que, sur 38 cas qu'ils ont opérés, ils ont observé 10 récidives, dont 5 malignes au cours de l'année qui a suivi l'extirpation de la tumeur villeuse. LOCKART et MUMMERY distinguent entre les récidives vraies, dans lesquelles la nouvelle tumeur se développe à l'endroit où a été enlevée la tumeur précédente, et les récidives apparentes. Dans ces dernières, disent-ils, les processus qui ont fait subir des transformations aux cellules épithéliales et ont donné naissance à la tumeur persistent et sont capables de produire une autre tumeur au voisinage de la première. A l'appui de leurs dires, ils citent la statistique de l'Hôpital Saint-Mark à Londres où, sur 50 cas de « polypes villeux », l'emplacement de la tumeur initiale ayant été soigneusement relevé, il y a eu 25 récidives, dont 12 malignes, mais aucune au niveau de la précédente tumeur.

M^me^ PARTURIER-ALBOT ne signale aucune récidive après traitement radiothérapique de contact dans deux cas où la tumeur villeuse avait été totalement détruite. Le cas de DUBARRY et GROS a présenté une récidive cinq ans et trois mois après un traitement identique par radiothérapie de contact.

Les récidives, pour GAUDART D'ALLAINES, procèdent de trois origines différentes :

1°) d'un traitement insuffisant qui laisse persister dans la cicatrice même de l'exérèse des cellules appartenant à la première tumeur : ce sont, dans ce cas là, des récidives apparaissant très tôt ;

2°) de la présence méconnue lors de l'intervention d'une autre tumeur villeuse en quelque endroit de la muqueuse rectale ;

3°) d'une efflorescence villeuse, d'une reviviscence de la maladie envahissant toute l'ampoule rectale d'éléments villeux. Dans ce cas là, les récidives sont imprévisibles.

Dans nos observations personnelles, quatre malades ont été opérés par voie basse et, parmi ceux-ci, deux ont présenté des récidives : il est vrai que ces deux malades étaient porteurs, tous deux, d'une tumeur villeuse qui, à l'examen, s'est révélée maligne. Quant aux deux autres, l'une a été revue l'année suivante en parfait état et l'autre vient d'être opérée depuis trop peu de temps pour en tenir compte.

THÉRAPEUTIQUE

Si la thérapeutique des tumeurs villeuses et adéno-villeuses cancérisées et même récidivées semblent rallier les suffrages de tous les auteurs quant à leur extirpation large et totale, les opinions sont loin d'être unanimes quant à l'acte thérapeutique approprié aux tumeurs villeuses bénignes.

Toutes les thérapeutiques chirurgicales s'appliquant aux tumeurs en général ont été essayées avec plus ou moins de succès sur les tumeurs villeuses. On peut tenir comme inefficaces, donc à oublier, la radiumthérapie et la radiothérapie à distance; de même, la fulguration et l'électrocoagulation employées par LAMBLING, si elles ont permis de détruire complètement la tumeur, donnent lieu à des récidives excessivement fréquentes, tout en hâtant, semble-t-il, la dégénérescence maligne de tumeurs pourtant microscopiquement bénignes. BINKLEY et SUNDERLAND remarquent que la fulguration en masse et la cautérisation au serre-nœud électrique, si elle n'est pas la meilleure méthode, est largement utilisée pour de petites lésions pour lesquelles une opération plus poussée semble démesurée.

LECENE, CHARRIER, GOUMAIN estiment que l'éxérèse par les voies naturelles est, dans la plupart des cas, la meilleur opération. CHALNOT, lui, pense que même les tumeurs du haut rectum, peuvent bénéficier de l'exérèse par voie endo-anale, mais il conseille de compléter l'opération par une vérification effectuée, cette fois là, par voie abdominale.

Plus intéressante semble être la radiothérapie de contact qui, à côté de très réels avantages comme la rareté des accidents qu'elle provoque, la possibilité de pratiquer un traitement ambulatoire sans mutilations chez un malade âgé, en mauvais état général, porteur de tumeur haute et peu étendue, a donné, comme le signalent RAMIOUL, CRISMER et Mme PARTURIER-ALBQT, d'excellents résultats.

Mais plus nombreux sont les auteurs qui considèrent ces tumeurs villeuses, même bénignes, comme de véritables néoplasmes en puissance et conseillent de faire, d'emblée, une exérèse large.

JUNGHANNS, SANTY, MALLET GUY, CROIZAT préconisent dans tous les cas, quel que soit le résultat de l'examen anatomopathologique, soit une résection trans-anale du rectum, soit même une amputation périnéale pour couper court à une éventuelle dégénérescence maligne. BINKLEY et SUNDERLAND, malgré la restriction citée plus haut, estiment que la résection totale chirurgicale est le meilleur traitement, rejoignant ainsi l'opinion de LAIRD et MARTIN-MARINO, qui conseillent de pratiquer une exérèse large. FERRAZ et GOMEZ, pour un cas de tumeur villeuse, ont employé l'opération de BABCOK. WELCH et GIDDING déclarent obtenir de bons résultats par résection colorectale et ils préconisent même la colectomie prophylactique dans les cas de polypes et de colites ulcératives. FISHER et CASTRO considèrent les tumeurs villeuses comme des tumeurs malignes, tandis que WELCH et Mac KITTRICH déclarent que « les polypes papillaires, même si leur apparence suggère qu'ils sont simples, sont malins cliniquement et tendent à récidiver localement et à dégénérer en cancers et doivent être traités par résection segmentaire ».

Quant à M. GAUDART D'ALLAINES, dans son remarquable article paru en 1949 dans *Les archives des maladies de l'appareil digestif*, il reprend toutes les méthodes thérapeutiques qu'il a employées dans les diverses formes cliniques des tumeurs villeuses.

A propos des tumeurs villeuses non dégénérées, il préfère :

— ou l'exérèse par les voies naturelles, mais dans des cas très précis et soigneusement choisis où interviennent : l'âge du malade, les particularités de la tumeur qui doit être unique, ne pas avoir une base d'implantation supérieure à trois centimètres de diamètre, et se trouver à moins de huit centimètres de l'anus. Dans ce cas là, il préfère la rachi-anesthésie et insiste sur le fait qu'il faut enlever autour de la tumeur une collerette de deux centimètres de muqueuse saine, et envoyer ensuite la pièce à l'examen anatomo-pathologique ;

— ou bien la résection rectale, soit par voie sacrée pure si la tumeur siège entre huit et quinze centimètres chez un sujet âgé, soit par voie abdomino-sacrée. Si la première opération est relativement bénigne, la perte de substance n'entraînant aucune gêne appréciable, le seul inconvénient étant le fait d'intervenir trois fois pour créer un anus iliaque gauche, réaliser la résection rectale et refermer l'anus iliaque, la seconde ne doit s'appliquer qu'à des sujets plus jeunes, capables de supporter une opération importante, porteurs de tumeurs soit multiples, soit volumineuses, soit largement implantées.

Quant aux tumeurs villeuses dégénérées ou suspectes de dégénérescence cancéreuse, il les considère comme de véritables cancers du rectum et estime que l'opération de choix dans ce cas là est la résection rectale par voie abdomino-sacrée. Les autres cas seront traités soit par amputation du rectum, soit par radiothérapie de contact suivant les indications.

Pour les tumeurs villeuses récidivées, « témoignant d'un caractère évolutif menaçant », Gaudart d'Allaines conseille la résection ou l'amputation du rectum.

OBSERVATIONS

(dues à l'obligeance du Professeur J. VILLAR)

Observation n° 1

M^me^ C..., 82 ans.

Histoire de la maladie : Ancienne hémorroïdaire, entre dans le service pour pertes de sang anales qui ont débuté il y a environ un an. La malade présente de fausses envies d'aller à la selle, une vingtaine de fois par jour, durant lesquelles elle ne rejette que des glaires sanguinolentes et du sang. Elle aurait présenté deux ou trois hémorragies anales plus importantes.

La malade présente, lors des poussées au cours des selles, un prolapsus rectal qu'elle réduit elle-même. Le prolapsus, ayant entraîné l'extériorisation de la tumeur, commandera d'ailleurs une intervention d'urgence.

Examen clinique : Léger amaigrissement.

Toucher rectal (octobre 1953) : On sent à bout de doigt une masse assez molle à gauche. Le toucher rectal ne ramène pas de sang.

Rectoscopie (novembre 1953) : Il existe à 9 cm. de l'anus, sur la paroi antérieure rectale, une masse dure, bourgeonnante, ulcérée, qui semble d'aspect malin. Aucune lésion plus haut située.

Lavement baryté (novembre 1953) : Les clichés pratiqués montrent un rétrécissement irrégulier de la portion recto-sigmoïdienne.

Intervention (11 novembre 1953) : Hôpital Saint-André. Professeur Villar.

Ablation par voie basse d'une tumeur villeuse, à la suite de l'extériorisation de la tumeur. Prolapsus étranglé.

Suites opératoires excellentes.

Anatomo-pathologie : « Il s'agit d'un adéno-épithéliome cylindrique à cellules hautes, à disposition sur plusieurs plans : inégalité des noyaux, monstruosités, mitoses.

« L'aspect est celui d'un épithélioma Liberkuhnien. »

Evolution : Revue un an après. Parfait état.

Conclusion : Tumeur villeuse dégénérée.

Observation n° 2

M^me^ G..., 68 ans.

Histoire de la maladie : En mai 1953, au moment de se coucher, la malade ressent une sensation anale qu'elle ne sait décrire et elle recueille quelques traces de sang. La malade ne s'inquiète pas de cela, lorsque trois semaines plus tard, dans les mêmes circonstances, elle ressent une sensation anale de « dalle qui se coincerait ou s'engorgerait » et présente encore une hémorragie anale limitée à quelques traces de sang.

Elle affirme une indolence complète de la région ano-rectale, mais présente depuis un à deux mois des selles plus fréquentes avec alternative de constipation et de diarrhée.

Bon appétit. Aurait un peu maigri.

Toucher rectal : A bout de doigt, on perçoit une petite tumeur très mobile, très détachée, de la grosseur d'un œuf de pigeon, placée sur la paroi antérieure du rectum. Toucher complètement indolore permet de constater la non infiltration de la cloison recto-vaginale : souple.

Intervention (juillet 1953) : Hôpital Saint-André. Professeur Villar.

Par voie anale. Exérèse large au bistouri électrique. Suture. Guérison.

Anatomo-pathologie : « En une région, la muqueuse glandulaire normale s'interrompt ; lui fait suite une prolifération de cavités glandulaires, sans basale, tapissée de une ou plusieurs rangées de cellules offrant des anomalies nucléaires et des mitoses.

« Le stroma conjonctif est fibreux, dense.

« Epithélioma cylindrique typique Liberkuhnien du rectum » (LÉGER).

Evolution : Revue en juin 1955 ; va très bien.

OBSERVATION N° 3

M. St. B..., 52 ans.

Histoire de la maladie : Malade qui présente depuis un an une constipation opiniâtre suivie de diarrhée très abondante et incessante.

Toucher rectal : Tumeur villeuse très nette à bout de doigt.

Intervention (3 mars 1954) : Clinique Bel-Air. Professeur VILLAR.

Dilatation anale. Très péniblement et très haut, on arrive sur un pédicule large d'une grosse tumeur villeuse semblant cependant mobile. Repérage aux pinces de Chapus de la muqueuse saine tout autour. Ablation de la base d'implantation muqueuse au bistouri électrique.

Suture par quelques points au catgut.

Suites normales. La pièce est envoyée au laboratoire.

Anatomo-pathologie (3 mars 1954) : « Sur la coupe examinée, on observe une transformation épithéliomateuse en plusieurs zones de la muqueuse glandulaire de revêtement, avec des aspects différents.

« En effet, en une région limitée, on a affaire à un épithélioma cylindrique encore in situ. En une région plus étendue, il existe des replis épithéliomateux assez végétants, ne s'enfonçant que peu dans la sous-muqueuse et réalisant une forme villeuse.

« Enfin, en une autre région également assez étendue, il y a érosion en surface, mais envahissement des tissus sous-muqueux, de la musculeuse et des tissus adventiciels, par de nombreux groupes plus ou moins importants de cavités glandulaires très irrégulières, sans basale, tassées les unes près des autres, tapissées par une ou plusieurs rangées de cellules cylindriques offrant des anomalies nucléaires marquées. Quelques glandes sont très dilatées du fait d'une notable production de mucus.

« Conclusion : Epithélioma cylindrique typique du rectum se montrant sous des aspects de développement différents : In situ, villeux, infiltrant » (LÉGER).

En présence d'une lésion aussi dégénérative, l'intervention radicale est décidée :

Le 15 mars 1954, le Professeur VILLAR pratique, après laparotomie sous-ombilicale médiane, une amputation le plus bas possible du rectum à la manière de Hartmann, avec anus iliaque gauche définitif.

A noter une réaction très violente du tissu cellulaire péritonéal sous forme d'adhérences fibreuses, de brides, qui font craindre une infiltration néoplasique. On espère cependant qu'il ne s'agit que d'une réaction péri-tumorale due à l'électrò-coagulation et on pratique un nouvel examen anatomo-pathologique de la pièce enlevée où n'apparaît plus qu'une cicatrice de l'exérèse électrique.

Anatomo-pathologie (15 mars 1954) : « Le fragment examiné est bordé sur une certaine distance par une muqueuse glandulaire de structure normale. Cette muqueuse s'interrompt brusquement et fait place à une importante ulcération comblée par un important tissu inflammatoire granulomateux. Les tissus fibro-conjonctifs adventiciels sont riches en vaisseaux congestionnés et se montrent parsemés d'îlots d'éléments inflammatoires. On ne rencontre aucune image d'envahissement épithéliomateux. Il existe un ganglion lymphoïde sans aucune production métastatique.

« Conclusion : Zone ulcérée mais non envahie par des formations épithéliomateuses » (LÉGER).

L'examen de la pièce montrant qu'elle est indemne de toute lésion néoplasique, on en arrive à regretter l'exérèse qu'on a faite et qui parait exagérée.

Mais la malade revient en novembre 1954 en pleine occlusion du grêle.

Une laparotomie montre que la fin du grêle est enserrée dans le fond du petit bassin, dans un magmat de récidives néoplasiques et que le foie contient d'énormes métastases.

Une iléo-colostomie droite au bouton de Jaboulet permet de parer aux accidents occlusifs (Professeur VILLAR).

Le malade repart chez lui guéri et plein d'espérances. Il meurt trois mois après en pleine cachexie néoplasique.

Conclusion : L'étape locale était déjà franchie lors de l'exérèse de la tumeur. Peut-être même, peut-on se demander si cette exérèse locale, limitée, n'a pas été la cause d'une efflorescence métastatique secondaire.

Observation n° 4

M. C..., 81 ans.

Histoire de la maladie : La maladie débute fin 1949 par des hémorragies de sang rouge lors des selles. Hémorragies de faible volume. Le diagnostic d'hémorroïdes est alors porté. Mais surviennent bientôt des épisodes de constipation de plus en plus nombreux. Il se produit, au cours d'une selle, un accident de prolapsus s'accompagnant d'une rectorragie très importante (un tiers de seau hygiénique de sang rouge, d'après le malade). Ce prolapsus, provoquant des douleurs ano-rectales très violentes, est réduit, par le malade lui-même, par manœuvres manuelles.

M. le Professeur Villar, consulté, décide d'intervenir.

Intervention (janvier 1951) : Par voie basse ano-rectale, au bistouri électrique, on enlève une volumineuse tumeur villeuse : « buisson de corail ». Electrocoagulation.

Pièce envoyée au laboratoire (voir résultat plus loin).

Récidive un an après qui se traduit cliniquement par une hémorragie très importante et un fléchissement assez marqué de l'état général.

Il est procédé alors à une amputation abdomino-périnéale du rectum. Le malade présente ensuite des complications urino-prostatiques : une fois le rectum libéré, la prostate, du volume d'un gros poing, bascule en arrière. A la suite des manœuvres opératoires, la sonde urétrale s'étant déplacée, de nombreux essais de sondage se révèlent impossibles, seul passe le bénigué creux qui permet de découvrir une plaie du bulbe urétral, consécutive aux tentatives réitérées de sondage. Il est pratiqué alors une cystostomie et une réfection de l'urètre. Le malade est très fatigué ensuite mais se remet bien. On constate alors que la réfection urétrale n'a pas tenu et que la prostate gêne toujours le sondage. Il est pratiqué un aiguillage intra-prostatique de Ra. Le malade est réopéré en octobre 1951. Sous anesthésie périnéale pour une reconstitution bout à bout de son urètre. Suites très simples. Excellent résultat fonctionnel, on note seulement une légère fuite urinaire périnéale intermittente (MM. Villar et Ballanger).

Anatomo-pathologie (janvier 1951) : 1°) Fragment à 15 cm.

2°) Fragment à 5 cm.

« 1°) Le fragment prélevé à 15 cm. offre à la vue, au sein d'un stroma fibro-conjonctif infiltré de cellules rondes inflammatoires de très nombreux tubes glandulaires, végétants, anastomosés, à épithélium cylindrique haut chromophile, sans muciparité souvent pluristratifié. De place en place, nous notons aussi quelques expansions en nappes de cellules jointives cubiques.

« Il s'agit là d'un épithélioma cylindrique glandulaire liberkuhnien typique.

« 2°) Le fragment prélevé à 5 cm. offre à la vue, au sein d'un stroma fibro-conjonctivo-inflammatoire, de nombreuses sections transversales de tubes glandulaires à épithélium cylindrique muci-pare, sans pluristratifications ni anastomoses intertubulaires.

« Il s'agit là d'un aspect hypertrophique adénomateux » (BIRABEN).

Evolution : Revu en octobre 1955 ; va très bien, ne conserve que la gêne due à son anus gauche définitif. Guérison parfaite du côté urinaire.

OBSERVATION N° 5

M^me^ L..., 70 ans.

Histoire de la maladie : Porteuse d'une tumeur rectale pédiculée décélée au toucher rectal.

Intervention (janvier 1954) : Ablation par voie basse d'un polype rectal qui se révèle être une tumeur villeuse dégénérée (voir anatomo-pathologie).

Récidive : un an après, en février 1955. Il est procédé alors à une amputation abdomino-périnéale du rectum.

Anatomo-pathologie (27 janvier 1954) : « Nous voyons dans un chorion fibro-conjonctif de vastes formations néoplasiques envahissantes.

« Elles sont formées de nappes de cellules cubiques ou aplaties, cylindroïdes, cyanophiles, sans tendances secrétantes, s'orientant très fréquemment en néo-cavités glandulaires.

« Il s'agit là d'un épithélioma cylindrique glandulaire métatypique » (BIRABEN).

Evolution : Exitus par urémie quinze jours après l'intervention.

Observation n° 6

(Service du Professeur Dufour)

M. G..., 68 ans.

Histoire de la maladie : Depuis cinq à six mois, légères hémorragies survenant avant et après les selles, tachant celles-ci.

Faux besoins depuis deux mois.

Toucher rectal : Permet de constater une masse indurée, bourgeonnante sur la paroi antérieure du rectum.

Rectoscopie : Montre un bourgeon saignant sur la paroi antéro-externe du rectum.

Biopsie : le 29 octobre 1954.

Anatomo-pathologie : « Sur le fragment examiné, on rencontre une portion de muqueuse normale, une portion adénomateuse assez bouleversée par une abondante sécrétion séro-muqueuse et des remaniements inflammatoires.

« Un troisième fragment se montre tout à fait différent : on observe en effet, envahissant un tissu fibreux et fibro-musculaire, de nombreuses cavités glandulaires, irrégulières, sans basale, bordées par une ou deux rangées de cellules cylindriques offrant des anomalies considérables et des images fréquentes de mitose.

« Epithélioma liberkuhnien typique du rectum. »

Intervention : 1°) Incision médiane sous-ombilicale (malade adipeux, pas de lésions hépatiques).

Néo-formation antérieure au ras du Douglas.

Amputation abdominale. Anus iliaque gauche définitif.

2°) Temps périnéal : Résection coccygienne. Amputation du rectum. Suture des releveurs et des ailerons.

N. B. — On trouve deux tumeurs face à face : l'une, tumeur villeuse, l'autre, un néoplasme.

Evolution : Perdu de vue.

Observation n° 7

(Observation : malade du Professeur Dufour)

M^me^ P..., 70 ans.

Histoire de la maladie : Depuis plusieurs mois, la malade pré-

sente des selles anormales molles, pseudo-diarrhéiques, plus ou moins mélangées d'amas glaireux et sanguinolents. Elle n'a qu'une selle par jour.

La malade présente en outre de volumineuses hémorroïdes, dont l'extériorisation très fréquente s'accompagne de douleurs assez violentes de la région ano-rectale. Elle réduisait manuellement le prolapsus hémorroïdaire, qui s'accompagnait de rectorragies plus abondantes.

La malade signale en outre avoir remarqué, depuis deux ans environ, la présence dans ses selles, mais pas d'une façon constante, de peaux blanchâtres ressemblant à des raclures de boyau. Elle ne s'en est pas inquiétée.

Bon état général, conservé.

Lavement baryté et examen des selles : Effectués pour éliminer une affection du colon, plus haut située, n'ont rien décelé d'anormal.

Biopsie : Effectuée en octobre 1955, décèle un polype villeux bénin.

Intervention (7 octobre 1955) : Sous anesthésie générale. Dilatation de l'anus.

Présence d'un polype de la grosseur d'une belle cerise avec un fin pédicule s'accompagnant d'autres formations d'apparence différente, mais sessiles, dans le voisinage immédiat au nombre de trois ou quatre (dans l'ampoule rectale).

Ablation du plus gros polype et coagulation des autres formations.

Anatomo-pathologie de la pièce : « Les deux néo-formations examinées offrent le même aspect.

« Elles sont centrées par une plage conjonctive, émanée de la sous-muqueuse et dont la muscularis-mucosae marque la limite avec la muqueuse sur toute sa circonférence. On y est en présence d'un tissu lâche, œdémateux, avec des hémorragies interstitielles où les vaisseaux sont nombreux ; artères, veines et capillaires, souvent ectasiés tandis qu'en revanche les cellules sont plutôt clairsemées (cellules fixes et lymphocytes).

« La muqueuse qui l'entoure est, par places, d'épaisseur normale, les glandes de Lieberkün étant rectilignes, placées les unes à côtés des autres et riches en cellules muqueuses caliciformes.

« Ailleurs, au contraire, cette muqueuse est considérablement

épaissie avec des végétations tantôt grêles, tantôt massives ; l'épithélium de surface les recouvre toujours et dans le chorion, excessivement lâche et œdémateux, sillonné de capillaires dilatés et infiltré de nombreuses cellules (lymphocytes, cellules fixes, quelques polynucléaires) on note des formations glandulaires en grand nombre. Elles sont de forme irrégulière avec une lumière étroite ou légèrement dilatée, festonnée et ramifiée, que limite une assise de cellules prismatiques très hautes, tassées les unes à côté des autres ; si on note quelques cinèses, ces cellules sont toujours bien différenciées, surtout cellules à plateau, quelques cellules caliciformes, et il n'a pas été observé d'anomalies. Enfin, entre cette couche glandulaire et la muscularis-mucosae, s'interpose une couche lymphoïde avec, de loin en loin, quelques volumineux follicules clos.

« En résumé : Polypes du rectum (polypes villeux) ; pas de signes de transformation maligne » (CARLES).

Evolution : Suites opératoires excellentes.

Reprise du transit. Une selle par jour, dure, bien moulée, sans douleurs.

CONCLUSIONS

De notre étude sur les tumeurs villeuses du rectum, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

1°) Que leur fréquence est beaucoup plus grande dans la pathologie rectale qu'on ne veut bien l'admettre classiquement.

2°) Qu'un malade, porteur d'une tumeur villeuse, viendra se présenter au médecin avec un syndrome ano-rectal bien vague fait d'écoulements muco-glaireux, d'hémorragies, de faux besoins. Le toucher rectal, qui permettra de reconnaître la présence d'une tumeur fera le plus souvent porter un diagnostic de néoplasme. La rectoscopie et la biopsie permettront de redresser le diagnostic, mais n'apporteront pour cela que peu d'aide au médecin quant au point de vue thérapeutique, car

3°) Elles ont une tendance très grande à la dégénérescence maligne et à la récidive si l'opération effectuée n'a pas été assez large.

4°) Que, dans des cas très précis (tumeur pédiculée ou sessile de moins de trois centimètres de diamètre, à moins de huit centimètres de l'anus, facilement accessible), l'ablation au bistouri électrique par voie ano-rectale doit être entreprise, en prenant bien soin, GAUDART D'ALLAINES insiste sur ce point, de laisser autour de la tumeur une collerette de muqueuse saine de trois centimètres et d'envoyer la pièce tout entière à l'examen anatomo-pathologique. Mais si la tumeur est plus étendue

ou plus haute, il faudra utiliser la voie abdominale, ou périnéale, ou sacrée pure suivant les indications.

D'un intérêt certain dans le cas des tumeurs villeuses bénignes où elle peut suffire seule, la radiothérapie de contact, associée à la chirurgie (radiothérapie et ablation chirurgicale de la partie nécrosée dans un but thérapeutique et à fin d'analyse), trouve quelques indications dans certaines tumeurs villeuses dégénérées n'ayant pas ou très peu infiltré la muqueuse rectale.

Si la tumeur est en voie de dégénérescence ou présente quelques doutes quant à sa malignité, la question se confond alors avec celle des cancers du rectum.

5°) Qu'un malade opéré par voie basse pour tumeur villeuse doit être suivi régulièrement et revu tous les trois mois environ pour dépister une récidive possible par toucher rectal attentif ou mieux par rectoscopie.

6°) De toutes façons, ces principes ont l'air très simples et très schématiques, mais il ne faut pas oublier que nous avons affaire à des sujets souvent très âgés (entre 70 et 80 ans) et que, en présence d'une lésion basse et localisée rectale, il est bien tentant de se borner au minimum, aussi large soit-il. Et cependant, cette thérapeutique à minima peut être lourde de conséquences en déclenchant des métastases lointaines que la chirurgie est alors impuissante à guérir.

La biopsie extemporanée, beaucoup trop difficile à appliquer dans ces cas, ne peut malheureusement nous être d'aucun secours pour faire transformer immédiatement un acte local en une thérapeutique radicale.

Le problème reste donc entier et l'intuition clinique, le dosage de la résistance du malade, sa facilité plus ou moins grande à accepter une mutilation d'emblée, la répugnance du chirurgien à intervenir trop largement sur une lésion qui peut être, n'est que bénigne, tous ces sentiments peu scientifiques mais habituels continuent à faire peser l'incertitude sur la thérapeutique de cette affection.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'il devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, et, si je le viole ou que je me parjure, puissè-je avoir un sort contraire.

Vu : *Le Doyen*,
R. Sigalas.

Vu, bon a imprimer :
Le Président du Jury,
L. Massé.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 12 novembre 1955.
Le Recteur de l'Académie,
E. Delage.

BIBLIOGRAPHIE

d'Allaines, Dubost, Fournier, Traitement des tumeurs villeuses du rectum. *Arch. Mal. App. Dig.*, 1949, **38**, 1096-1114.

d'Allaines, Devimeux, L'abord du rectum par voie sacrée pure. *Journ. de Chirur.*, 1947, **63**, 181-199.

Bacon H. E., Laurens J., Peale A. R., Histopathology of a adenomatous polyps of colon and rectum, with special emphasis on relationship between adenoma and carcinoma. *Surg.*, 1951, **29**, 663-677.

Bacon H. E., Lowell J., Trimpi H. D., Villous papillomas of the colon and rectum : a study of twenty eight cases with end results of treatment over a five years period. *Surg.*, 1954, **35**, 77-87.

Baumel et Hartmann, Les tumeurs villeuses génératrices de cancers du rectum. *Acta Gast. Enterol. Belg.*, 1947, **3**, 89-103.

Bensaude R., Traité d'endoscopie. Masson édit., Paris, 1927.

Bensaude, Cain, Lambling, Les tumeurs villeuses du rectum. *Pres. Med.*, 1930, **101**, 1713-1719.

Bensaude, Cain, Lambling, Maladies de l'intestin. Masson édit., 1935.

Bertrand et Creyssel, Traité de thérapeutique chirurgicale, 2 vol., G. Doin édit., 2903-2906.

Binkley G. E., Sunderland D. A., Miller C. H., Treatment of papillary adenomas of rectum. *New-York State J. Med.*, 1949, **49**, 1791-1794.

Binkley G. E., Sunderland D. A., Miller C. J., Stearns M., Deddish M. R., Carcinoma arising in adenomas of colon and rectum. *Journ. Am. Ass.*, 1952, **148**, 1465-1469.

Binkley G. E., Sunderland D. A., Diagnosis and treatment of papillary adenomas of rectum. *Am. J. Surg.*, 1948, **75**, 365-368.

Bonorino Pero C., Adenomatosis del colon. *Prensa Med. Argen.*, 1948, **35**, 2001-2003.

Chalnot P., Le traitement des tumeurs villeuses du haut rectum. *Sem. Hôpit. Paris*, 1946, **7**, 266-271.

Charrier et Goumain, Tumeurs villeuses du rectum ; à propos de cinq cas observés en douze ans. *Bord. Chirur.*, 1938, **2**, 77-94.

Colvert J. R. et Brown C. H., Rectal polyps ; diagnosis, five years follow up and relation to carcinoma of rectum. *Am. J. Med. Surg.*, 1948, **215** 24-32.

Cooper W. L., Buie L. A., Mac Donald J. R., Adenoma of rectum and lower portion of sigmoïd ; clinicopathologic study. *Am. J. Surg.*, 1951, **82**, 546-552.

Devimeux, Thèse Paris, 1946.

Dubarry et Gros, Traitement d'une tumeur villeuse du rectum par radiothérapie de contact. *Arch. Mal. App. Dig.*, 1949, **38**, 103-107.

Ewing M. R., Villous tumor of rectum. Hunterian lecture. *Ann. Roy. Coll. Surg. Engl.*, 1950, **6**, 413-441.

Fisher E. R., et Castro A. F., Villous tumor of rectum and colon. Pathologic and clinical observations. *Am. J. Surg.*, 1953, **85**.

Fisher E. R. et Turnbull R. B. Jr., Malignant polyps of the rectum and sigmoïd. Therapy based upon pathologic considerations. *Surg. Gyn. Obst.*, 1952, **94**, 619-625.

Fournier M., Le traitement des tumeurs villeuses du rectum. Thèse Paris, 1949, n° 421, 139 pages.

Gant G., Maladies du rectum, de l'anus et du colon. 1913.

Helwig E. B., Evolution of adenomas of large intestine and their relation to carcinoma. *Surg. Gyn. and Obst.*, 1947, **84**, 36-49.

Hiller R. I., A simple aid in the differential diagnosis between benign and malignant polyps of the rectum and lower sigmoïd. *Am. J. Dig. Dis.*, 1952, **19**, 385.

Lamarque et Gros, La radiothérapie de contact dans le cancer du rectum. *Bull. Ass. Franç. pour l'Etude du Cancer*, 1946, **33**.

Lambling A., Les tumeurs villeuses du rectum. Thèse Paris, 1928.

Lecène, Thérapeutique chirurgicale. Masson édit., 1926.

Ferraz L. A. et Gomez C. P., Tumor viloso do réto ; a proposito de un caso. *Ann. Paul. med. cir.*, 1953, **66**, 29-35.

Mac Lanahan S., Grove G. P., Kieffer R. F., Conservative surgical management for certain rectal adenomas showing malignant change. *J. Am. Med. Ass.*, 1949, **141**, 822-826.

Mansuy J. M., Les tumeurs bénignes du rectum. Thèse Nancy, 1947.

Michel E. L. F., Du traitement chirurgical des tumeurs villeuses du haut rectum. Thèse Nancy.

PARTURIER - LANNEGRACE (Mme), A propos de la radiothérapie de contact dans les tumeurs villeuses du rectum. *Arch. Mal. App. Dig.*, 1949, **38**, 356-359.

PARTURIER-ALBOT (Mme), ALBOT G., Le traitement du cancer du rectum au début par la radiothérapie de contact sous contrôle histologique périodique. *Bull. Acad. Nat. Med.*, 1951, **135**, 173-177.

PARTURIER-ALBOT (Mme), CHAMPEAU M., FRILEUX C., La radiochirurgie dans le cancer du rectum. *Arch. Mal. App. Dig.*, 1955, **44**, 5-27.

QUENU et LANDEL, Des tumeurs villeuses ou épithéliomas superficiels végétants du rectum. *Rev. Gyn. Chir. Abd.*, 1894, **1**,

RAMIOUL et CRISMER, Le traitement des tumeurs villeuses recto-sigmoïdiennes par la roetgenthérapie de contact. *Journ. Radiol. Elect.*, 1949, **30**, 321-322.

SANTY, MALLET-GUY, CROIZAT, Sur quelques points d'évolution des tumeurs villeuses du rectum et notamment leurs transformations malignes. *Lyon Chir.*, 1936, **33**, 147.

SWINTON N. W., Diagnosis and treatment of mucosal polyps of rectum and colon with early malignant change. *Am. J. Surg.*, 1948, **75**, 369-373.

TURELL R. et WILKINSON R. S., Adenomas of colon and rectum. *Surg.*, 1950, **28**, 651-661.

VIGONI M., Tumeurs soi-disantes bénignes du rectum. *Brux. Med.*, 1949, **29**, 28-36.

VILLAR J., L'amputation abdomino-périnéale du rectum par le procédé synchrone. *Bord. Chir.*, 1938, **1**, 1-13.

VILLAR J. et BALLANGER R., Un cas rare de complications urinaires après amputation d'un rectum cancéreux. *Bord. Chir.*, 1952, **2**, 93-95.

WELCH C. E., MAC KITTRICH J. B., BEHRINGER G., Polyps of the rectum and colon and their relations to cancers. *Trans. New. Engl. Surg. Soc.*, 1952, **33**, 71-93.

WELCH C. E., The treatment of polyps of the colon. *Surg. Gyn. Obst.*, 1951, **93**, 368-369.

WELCH C. E. et GIDDING W. P., Carcinoma of colon and rectum. Observations of Massachusetts general Hospital cases. *New. Engl. J. Med.*, 1951, **244/23**, 859-867.

IMPRIMERIE GÉNÉRALE DU SUD-OUEST (H. TRILLAUD ET Cie) BERGERAC